Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 2 sierpnia 1884. **№ 31.** **Rok XXIII.**

TREŚĆ: I. MIKULICZ: Przyczynek do nauki o leczeniu ran. (C. d.) — II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla. MACHEK: Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją, poczynione od 1go stycznia 1878 po koniec 1882 roku. (C. d.)—III. *Oceny i sprawozdania*: Wiestnik kliniczny i sądowy psychijatryi i neuropatologii. — BRUGELMANN: O powstawaniu i leczeniu dusznicy. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego.—V. *Zjazdy*: KWAŚNICKI: Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu. VI. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Przytoczone tu stosunki są nader ważne ze względu na dezinfekcyję w celach higijenicznych. W obec tego, że prawie wszystkie mikroorganizmy patogeniczne bywają z chorego ustroju wydalane wraz z wydzieliną białko zawierającą, traci sublimat w znacznéj części swą siłę dezinfekcyjną. To też kwas karbolowy zarówno jak dla dezinfekcyi plwocin suchotniczych tak i dla innych celów higijenicznych zachowa swe znaczenie, a nawet będzie lepszym od sublimatu. W moich doświadczeniach uwzględniłem zresztą tylko kwestyję upośledzenia gnicia a nie uwzględniłem zarazem i kwestyi zniszczenia zarodków gnilnych, t. j. dezinfekcyi w ściślejszém znaczeniu, do czego oczywiście byłoby potrzeba jeszcze mocniejszego zgęszczenia. Nie przedsiębrałem dla tego dalszych doświadczeń, gdyż już dla utrudnienia gnicia doszedłem do tak mocnych rozczynów (1:400—500), że zastosowanie mocniejszych na rany z powodu drażniącego i trującego działania sublimatu nie ma wartości dla postępowania przeciwgnilnego. Zresztą nie może istnieć wielka różnica pomiędzy zgęszczeniem rozczynu sublimatu potrzebném do upośledzenia gnicia w płynach białko zawierających i do dezinfekcyi zupełnéj. Upośledzenie gnicia nastąpi z pewnością, skoro tylko bardzo mała cząstka z dodanéj pierwotnie większéj ilości sublimatu pozostanie w rozczynie nierozłożona. Trochę większa nadwyżka może już zniszczyć wszystkie mikroorganizmy. Przypuśćmy np., że dodano sublimatu 2:1,000 = 60:300,000, to dla powstrzymania gnicia wystarczy, żeby $^1/_{60}$ część pozostała nierozłożona. Jeżeli wśród tych samych warunków dodamy zamiast 2:1,000, 3:1,000 = 90:300,000, to prawie $^1/_{3}$, t. j. 1:1,000 sublimatu nie ulegnie rozkładowi co już wystarczy do zniszczenia wszystkich żyjątek w płynie. W ten sposób można pojąć, że w płynie zawierającym białko po dodaniu 1‰ sublimatu wszystkie prawie objawy gnicia mogą nie doznać upośledzenia, gdyż cała ilość sublimatu ulega rozkładowi, po dodaniu 2‰ sublimatu gnicie zupełnie ustaje, a po dodaniu 3‰ płyn zupełnéj ulega dezinfekcyi.

Jeszcze jeden czynnik zasługuje na uwzględnienie. Sublimat rozłożony na białkan rtęciowy także nie pozostaje całkiem bez wpływu. Fr. Boillet *(Journ. f. pract. Chemie 25,300, Jahresbericht über die Fortschritte d. Thierchemie*, XII, 508) wykazał szeregiem doświadczeń, że połączenia białka, powstałe w skutek działania antyseptycznie działających soli ciężkich metali, bardzo długo opierają się zgniliźnie nawet po wyługowaniu pierwotnéj soli. Najdłużéj opierał się zgniliźnie białkan rtęciowy. Jeżeli surowicę krwi lub białko kurze zmieszano z nadwyżką sublimatu i wymyto następnie osad na sączku, to w nim grzybki i gnicie rozwinęły się dopiero po 45, a względnie po 60 dniach.

Reasumując wszystko, co powiedziałem o działaniu sublimatu na rozczyny białka, przyjdziemy do przekonania, że w słabych rozczynach nawet w rozczynie 1:1,000 wobec bogatéj w białko wydzieliny rannéj sublimat wcale nie działa w wyższym nieco stopniu antyseptycznie, i w ogóle dorównywa słabym nawet 1% rozczynom kwasu karbolowego. Mocniejsze natomiast rozczyny, a mianowicie 2‰ i 3‰ nawet wobec znacznéj ilości istot białkowatych na pewne upośledzają gnicie i działają dezinfekcyjnie.

Nie wolno wprawdzie jeszcze z tych liczb wysnuwać pewnych wniosków dla praktyki. Już przedtém bowiem nadmieniłem, że działanie sublimatu na rany nie zależy jedynie tylko od obustronnego zgęszczenia, ale także od ilości wydzieliny i użytego sublimatu. Wszakże byłoby także możliwém, że bardzo słaby rozczyn, np. $^1/_{10}$%, wystarczy do zupełnéj dezinfekcyi małéj ilości wydzieliny lub małéj rany, byleby go użyto w dostatecznéj ilości i tak długo do rany go doprowadzano, aż nietylko cała ilość wolnego białka opadnie ale nawet jeszcze pozostanie nadwyżka wolnego sublimatu. Ale działanie to, nawet i przy mocniejszém zgę-

szczeniu, wszędzie tam będzie przemijającém, gdzie świeża wydzielina dopływa i rozkłada wolny sublimat.

Według tego działanie antyseptyczne używanych rozczynów sublimatu (1:1,000—2,000) na rany i tychże otoczenie będzie bardzo rozmaitém. Będzie ono tém słabszém, im bogatszém w białko jest wydzielina, im więcéj rana wydziela, a najsłabszém oczywiście przy ranach zupełnie świeżych i podczas operacyi; będzie tém słabszém, im krócéj sublimat z raną się styka, i im mniéj sublimatu do tego użyto. Irygacyja rany sublimatem, pomijając już zgęszczenie, będzie tém pewniéj działać, im częściéj się iryguje.

Jasną jest rzeczą, że wobec tego, że na ranach warunki dla działania sublimatu są bardzo zmienne, nie może téż być mowy o stałym i jednakim wpływie tegoż. W skutek tego, mojém zdaniem, używane rozczyny kwasu karbolowego (2—5%) jako bardzo mało zależne od przytoczonych warunków lepiéj się nadają nietylko do irygacyi ran ale i do całego postępowania przeciwgnilnego. Wprawdzie działanie przeciwgnilne wśród pewnych warunków może być słabszém niż przy sublimacie, ale będąc daleko stalszém jest i pewniejszém. Wolno więc powątpiewać, czy zastosowanie używanych rozczynów sublimatu do ran i macicy po porodzie większe przynosi korzyści niż rozczyn kwasu karbolowego. Także i przez doświadczenie praktyczne nie łatwo będzie to udowodnić, gdyż ci, którzy do profilaktycznéj części postępowania przeciwgnilnego używają wyłącznie sublimatu, a więc należycie oczyszczają wszystko to, co z raną ma się zetknąć, już z góry usuwają wszelkie źródło zakażenia wyjąwszy zakażenia z powietrza, które dla ran w ogóle ma podrzędne tylko znaczenie a dla jamy macicy jest prawie obojętném. Oczywista więc, że wobec tego sama rana nie potrzebuje mocnego środka przeciwgnilnego; z tego téż powodu trudno dokładnie ocenić stopień działania środka przeciwgnilnego zastosowanego na taką ranę. Gdyby sublimat rzeczywiście samą ranę energicznie dezinfekcyjonował, to możnaby się obejść bez wszelkich dalszych procedur antyseptycznych; jednorazowe należyte wypłukanie całéj rany z końcem operacyi bez wszelkich innych kauteli antyseptycznych musiałoby sprowadzić należytą dezinfekcyję rany i doprowadzić do tych samych wyników co i dotychczas używana metoda antyseptyczna.

Nie brak téż już głosów zalecających do zlewania rany zamiast sublimatu jakiś płyn obojętny. Neuber (*Mittheilungen aus d. chirurg. Klinik zu Kiel. Vorschläge zur Beseitigung d. Drainage.* Kiel, 1884) w ostatnich czasach radzi skrapiać ranę podczas operacyi 0·6% rozczynem soli kuchennéj i tylko bezpośrednio przed założeniem szwów szybko zmyć raz ranę sublimatem (1:2,000). Trudno jednak na podstawie poprzedzających wywodów powątpiewać, żeby tak słaby rozczyn sublimatu, zetknąwszy się tylko raz i to „szybko“ z raną obficie wydzielającą, mógł więcéj zdziałać jak zwykła gotowana woda.

Märer (*Cntrbltt f. Gynäk.*, 1884, Nr. 17) radzi albo wcale nie przestrzykiwać macicy w połogu, albo użyć do tego słabych rozczynów sublimatu (1:5,000), albo nawet świeżo gotowanéj wody. Dziś w ogóle większa część położników jest tego zdania, że przy prawidłowym porodzie i połogu wszelkie przestrzykiwania macicy, a nawet i pochwy wśród połogu, są zbyteczne. Także i ze stanowiska teoretycznego trzeba zaprzeczyć potrzebie irygowania rany już z natury tak dobrze wydrenowanéj, jeżeli podczas lub po porodzie nie uległa zakażeniu; podczas gdy dezinfekcyję pochwy i zewnętrznych części rodnych należy uważać za równie ważną jak i dezinfekcyję pierwotną pola operacyjnego przed operacyją.

Czy wobec istniejącego już zakażenia rany lub macicy po porodzie sublimat działa z lepszym skutkiem i szybciéj i pewniéj jak inne środki przeciwgnilne, a zwłaszcza wypróbowany już w celach chirurgicznych octan glinowy, z tego na podstawie dotychczasowych doświadczeń nie mogę sobie zdać należytéj sprawy. Kümmel twierdzi, że sublimat w krótkim czasie oczyszcza śmierdzącą wydzielinę a na podstawie poprzednich uwag nie można wątpić, że dłuższe i często powtarzające się zmywanie rany może działać dezinfekcyjnie nawet wobec już istniejącego rozkładu. Oprócz tego Küstner na zeszłorocznym Zjeździe przyrodników w Fryburgu twierdził, że spostrzegł po wymyciu macicy sublimatem szybkie zniknięcie kokków znajdujących się zarówno w zdrowéj jak i w patologicznéj wydzielinie, co nie miało miejsca po irygacyi innemi środkami; z referatu tego jednak (*Centralbltt. f. Gynäk.* 1883, Nr. 44) nie mogę dojść, czy te badania odnoszą się także do macicy w połogu. Podobne uwagi, które przy téj sposobności zrobił Fränkel co do gonokokków oczywiście odnosiły się tylko do macicy nie w połogu; a w takim razie „szybkie“ działanie sublimatu daleko łatwiéj doprowadza do skutku niż w macicy wśród połogu. Przez przestrzykanie sublimatem usuwamy naprzód drogą czysto mechaniczną z drobnéj względnie mało wydzielającéj jamy o gładkich ścianach wszelką wydzielinę; przytém daléj sublimat może działać na powierzchnię błony śluzowéj mocno dezinfekcyjnie. Całkiem odmienne są stosunki w macicy po porodzie, któréj jama jest znacznie większa, a nierówne ściany dość znaczną ilość wydzieliny wydzielają. Resztki deciduy rozpadając utrudniają w znacznéj części dostatecznie głębokie działanie sublimatu. Żeby więc i tu osiągnąć należyte zadziałanie sublimatu trzeba albo użyć mocniejszych rozczynów, albo większéj ilości sublimatu, albo téż wreszcie bardzo często irygować.

Oczywiście zwiększa się w ten sposób niebezpieczeństwo zatrucia. Jeżeli się jeszcze zważy, że macica po porodzie daleko więcéj każdego płynu wsysa aniżeli zwykła otwarta rana, to już z góry trzeba przyznać, że dosadna dezinfekcyja jamy macicy za pomocą sublimatu dla organizmu jest daleko niebezpieczniejszą jak dezinfekcyja skóry, części rodnych zewnętrznych i pochwy. Nad kwestyją zatrucia zastanowimy się zresztą jeszcze późniéj. (C. d. n.)

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od 1go stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Jakkolwiek z zasady, z powodów powszechnie znanych, operowano tylko zaćmy dojrzałe i przejrzałe, to przecież wyjątkowo operowano także niedojrzałe chociaż już dość daleko posunięte. Skłaniał do tego bardzo powolny rozwój zaćmy lub niemożność ze strony chorego przedsięwzięcia powtórnéj dalekiéj podróży. Sąto względy, które niekiedy zmuszają operatorów do wykonania operacyi, pomimo że zaćma nie jest dojrzałą, chociaż pomyślny wynik staje się mniéj prawdopodobnym niż w razie jéj zupełnéj dojrzałości.

Z tego powodu od dawna zastanawiano się nad tą sprawą i podawano sposoby, które sprowadzić lub przynajmniéj przyspieszyć mogą dojrzałość zaćmy. Już Graefe w roku 1864, a przed nim jeszcze Muter w r. 1813 radzili rozcinać torebkę przodkową na kilka tygodni przed wydobyciem płatowém zaćmy celem sprowadzenia jéj dojrzałości. W roku 1874 Mooren z Düsseldorfu (*Ophthalmologische Mittheilungen* str. 173) zalecił w tym celu wykonanie irydektomii a w 3 do 4 tygodni późniéj przecięcie torebki przodkowéj. Postępowanie to zastósowano w trzech przypadkach zaćmy samorodnéj zresztą niepowikłanéj, skutkiem czego zaćmiła się znaczna część kory przed tém przeźroczystéj. Operacyję w tych przypadkach wykonano jednakże zanim jeszcze zaćmy zupełnie dojrzały i uzyskano we wszystkich trzech przypadkach co do widzenia skutek pomyślny (mianowicie $S^6/_{60}$, $^6/_{24}$ i $^6/_{60}$). Częściéj poprzedzono operacyję zaćmy irydektomiją w przypadkach zaćmy powikłanéj. W jednym wreszcie przypadku zastósowano postępowanie przez Moorena zalecone z widocznym już za pobytu choréj w klinice skutkiem, lecz chora uwolniona z poleceniem, aby się do operacyi zaćmy późniéj zgłosiła nie pojawiła się dotąd w klinice.

Nowy sposób przyspieszenia dojrzałości zaćmy podał Förster z Wrocławia w roku 1881 na Zjeździe okulistów w Heidelbergu (*Bericht über die 13 Versamlung der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg*). Förster spostrzegł mianowicie, że już po wykonaniu saméj irydektomii zaćma szybciéj dojrzewa i sądził, że to jest skutkiem przesunięcia się warstw soczewkowych w chwili, kiedy soczewka po odpłynięciu cieczy wodnéj parła przez ciałko szklane posuwa się naprzód. Sztuczna dojrzałość nastąpi tém wcześniéj i zupełniéj im znaczniejszemu niedojrzałe warstwy kory ulegną przesunięciu. Chcąc zaś przesunięcie warstw soczewkowych tém pewniéj sprowadzić, radził Förster aby po wycięciu tęczówki ugniatać lekko soczewkę za pomocą tępego narzędzia, np. haka do operowania zezowatości używanego, lub łyżeczki Daviela, przesuwając narzędzie po rogówce. Postępowanie Förstera zastósowaliśmy w dwóch przypadkach niedojrzałéj zaćmy niepowikłanéj, a w obu można było stwierdzić niewątpliwie szybkie wzmaganie się zaćmienia. Wynik ostateczny co do widzenia był pomyślny. Historyję choroby jednego z takich przypadków, chociaż sprawozdaniem tém nieobjętego, ponieważ operacyję już w roku 1883 wykonano, przytoczę z powodu, że ona dowodzi, iż w niektórych przynajmniéj przypadkach postępowanie Förstera dojrzałość zaćmy w bardzo krótkim czasie sprowadza.

S. R. lat 63, izraelita, kupiec z Krakowa, od kilku lat już spostrzega, że gorzéj widzi. Przed 2 już laty rozpoznano w klinice ruchoméj: *Cataracta non matura oc. utr.* Prawém okiem liczył wówczas palce w odległości jednego metra, lewém w odległości 2 metrów. Polecono mu aby się co miesiąc zgłaszał do kliniki ruchoméj, celem śledzenia postępów zaćmy. Gdy przez dwa lata zaćmienie soczewki prawie nie postąpiło a chory i jego rodzina naglili żeby operacyję wykonać, przyjęto go więc 2 kwietnia 1883 r. do kliniki stałéj, celem sprowadzenia sztucznéj dojrzałości zaćmy. Badanie wykazało, że bystrość wzroku od 2 lat nie zmieniła się na oku prawém a tylko nieznacznie zmniejszyła na oku lewém, którém obecnie tylko na półtora metra palce liczył. Rogówki były czyste, przodkowe komórki średnio głębokie, tęczówki tak co do utkania jak i co do reakcyi prawidłowe, soczewki okazywały szare kreski i pręgi porozrzucane w korze soczewkowéj, skutkiem niejednostajnego i niezupełnego zaciemnienia na pół jeszcze przeźroczystéj. W oku prawém od zewnątrz widać było szeroki klin okazujący połysk perłowéj macicy, na l. oku kilka takich węższych. Dnia 7 kwietnia przystąpiono do operacyi na oku prawém. Wycięto z tęczówki ku górze kawałeczek szerokości 5 mm. Po wyparciu krwi, która się dostała do przodkowéj komórki, ugniatano soczewkę, przesuwając po rogówce haczyk Graefego używany do operacyi zezowatości (Förster). Dnia następnego: Nastrzykanie rzęskowe dość silne, źrenica wąska, ciecz wodna czysta, rogówka od góry lekko zaćmiona, jéj powierzchnia gładka. W ciągu dnia zapuszczano 3 razy atropin. 11 kwietnia: Nastrzykanie rzęskowe ustąpiło, oko blade. Rogówka czysta, jéj powierzchnia gładka. Przodkowa komórka głęboka, ciecz wodna czysta. Źrenica rozszerzona, tylnych przyczepin nie ma, jeden koniec szczeliny sztucznéj przyrośnięty do torebki przodkowéj, kora soczewkowa zaćmiła się widocznie, tak, że zaledwie w powierzchownych warstwach można się dopatrzyć śladu niejednostajnego zaciemnienia, które przed operacyją w postaci kresek i pręgów występowało. Najlepszym jednakże dowodem, że zaćmienie się wzmogło było upośledzenie wzroku. Chory nie liczył teraz palców, a 18 kwietnia rozpoznawał niepewnie ruchy ręki. Dnia następnego wystąpił z poleceniem zgłoszenia się po 4 tygodniach do kliniki. Czwartego czerwca przyjęto go powtórnie. W korze na obwodzie można było wykazać jeszcze drobne nie zupełnie zaćmione części. Dnia następnego wydobyto zaćmę. Przebieg operacyi jak nie mniéj przebieg sprawy gojenia był wzorowy. W miesiąc późniéj wykazało badanie wzroku $^6/_{36}$, badany czytał najdrobniejszy druk hebrajski, a w maju 1884 podniosła się bystrość wzroku na $^6/_{24}$.

Wspomnieć nareszcie muszę, że postępowanie Förstera zastósowano także kilka razy w innych przypadkach, w których niedojrzałe zaćmy powikłane były z innemi chorobami, jak np. z przyczepinami tylnemi, zanikiem tęczówki, a raz jaskrą. I w tych przypadkach spostrzegaliśmy, że postępowanie Förstera zaćmienie samowolnie przyspieszało. Również dodać muszę, że wcale nie spostrzegaliśmy aby przy ugniataniu soczewki haczykiem więzadełko Zinna było się kiedy przerwało. Obawa zwichnięcia soczewki podczas ugniatania kory, którą Arlt już w Heidelbergu wypowiedział, najprawdopodobniéj nie zachodzi, jeżeli operacyję wykona się z należytą ostrożnością.

Zdaje się więc, że postępowanie zalecone przez Förstera, może być stósowane w przypadkach, w których zaćmę niedojrzałą z konieczności operować wypadnie.

Wszystkie 308 operacyj wykonano sposobem obwodowym linijowym Graefego z ulepszeniem Arlta, dotyczącém wycięcia płatu spojówkowego i prowadzenia cięcia, skutkiem którego powstaje ranka nie ściśle linijowa lecz lekko łukowata. Ten sposób operowania przyjął prof. Rydel już od roku 1874.

Przebieg operacyi: Operacyja odbyła się zupełnie prawidłowo, to jest bez wprowadzania jakichkolwiek narzędzi wyciągających zaćmę, bez upływu ciałka szklanego, bez znaczniejszego krwotoku, pozostawienia w oku większych szczątków zaćmy itp. przygód 227 razy, tj. w 73·7% wszystkich operacyj zaćm niepowikłanych; zboczenia zaś w przebiegu operacyi pod tym lub owym lub kilkoma naraz względami wydarzyły się w 81 przypadkach, tj. w 26·3%. Jednem z najważniejszych zboczeń od prawidłowego przebiegu operacyi, którego w niektórych przypadkach i w pewnych warunkach trudno uniknąć, jest upływ ciałka szklanego. Przypadek ten wydarzył się 30 razy (9·74%, dawniéj zaś 10·97%

wszystkich operacyj) a mianowicie odpływała 17 razy mała, 10 razy mierna, a 3 razy znaczniejsza ilość ciałka szklanego. W jednym przypadku, w którym chory podczas operacyi był bardzo niespokojny, to krzyczał co sił stało, to znów oddech wstrzymywał i działając mięśniem okrężnym i mięśniem twarzy zdołał rozworkę Snowdena odrzucić, wycisnął sobie chory tak wielką ilość ciałka szklanego, że stratę oceniliśmy na $^2/_3$, mając już oko za stracone. Właśnie w tym przypadku wynik operacyi był względnie bardzo korzystny, gdyż osiągnięto $^1/_{10}$ bystrości wzroku. Prawda, że późniéj pojawiły się męty w ciałku szklaném. Na 30 przypadków wystąpiło ciałko szklane 12 razy przed soczewką, 9 razy równocześnie z nią, a 9 razy już po jéj wystąpieniu. Z pierwszych 12 oczu nie odzyskało wzroku 3, tj. 25·$^0/_0$ z reszty zaś 1 czyli 5·5$^0/_0$, co aż nadto wymownie świadczy o tém o ile niebezpieczniejszy jest upływ ciałka szklanego wtenczas, gdy nastąpi już przed wydaleniem zaćmy z oka. Pochodzi to ztąd, że w takim razie zmuszeni jesteśmy do użycia jednego z narzędzi wyciągających, co sprowadza drugą i to wcale nieobojętną nieprawidłowość w przebiegu operacyi.

Drugiém z rzędu najczęstszém zboczeniem od prawidłowego przebiegu operacyi jest wprowadzanie jakichkolwiek narzędzi do oka w celu wyciągnięcia zaćmy (pętli Webera, łyżeczki Graefego). Do środka tego uciekano się tylko w razie nieodzownéj konieczności, a więc w tych przypadkach, w których upływ ciałka szklanego już przed wydobyciem soczewki nastąpił. Wiadomo, że w takich razach każdy ucisk wywierany na oko sprowadziłby dalszy wypływ ciałka szklanego, a soczewka pomimo to nie wystąpiłaby z oka. Wreszcie użyto także pętli Webera w kilku przypadkach, w których soczewka, pomimo silniejszego nawet ucisku na rogówkę, nie wystąpiła. Do téj ostateczności byliśmy w ogólności zmuszeni 20 razy, a więc w 6·49$^0/_0$ wszystkich operacyj. Troje z tych ócz straciło wzrok bezpowrotnie (15·0$^0/_0$), a właśnie w tych przypadkach zmusił do wyciągnięcia soczewki poprzedni upływ ciałka szklanego.

Znaczniejsze resztki zaćmy pozostały po operacyi 18 razy czyli w 5·84$^0/_0$. Z tych chorych żaden nie utracił wzroku. Daléj zbaczał przebieg operacyi od prawidłowego przebiegu z następujących jeszcze przyczyn: Znaczniejszy krwotok do przodkowéj komórki powstał razy 11, najczęściéj po poprzednio zapuszczonym ezerynie, znaczne pomarszczenie rogówki, które utrudniało wykonanie prób po operacyi, razy 9 *(Collapsus corneae)*, w 15 przypadkach przecinano torebkę przodkową dwakroć i częściéj, raz nawet cztery razy, w 6 przypadkach już po operacyi ukazało się ciałko szklane w kształcie perełki, którą otaczało napięte więzadełko Zinna, a więc bez wypływu (*hernia corporis vitrei)*, w 10 przypadkach wydobyto większe części torebki soczewkowéj lub soczewkę razem z całą torebką; raz udało się za pomocą szczypczyków Förstera, sporządzonych na wzór szczypczyków Litreicha, które prof. Rydel w tym celu z Wrocławia sprowadził, wyrwać wielką część prawidłowéj przodkowéj torebki, w drugim zaś przypadku nie udało się to a chory stracił oko skutkiem ciężkiego przewlekłego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. W dwóch wreszcie przypadkach, w jednym na pewne, w drugim prawdopodobnie, dostało się jądro zaćmy Morgagniego do ciałka szklanego. Oba przypadki operowano w roku 1878. W jednym z nich można było późniéj wziernikiem wykazać jądro poruszające się przy ruchach gałki ocznéj w ciałku szklaném, bystrość wzroku wynosiła $^6/_{60}$. W drugim przypadku stwierdzono tylko, że jądro nie wystąpiło, pomimo, że operator wszedł trzy razy łyżeczką Graefego w rankę. Przebieg gojenia był bardzo pomyślny a w miesiąc po operacyi chory z + 10 D miał $^6/_{24}$ prawidłowéj bystrości wzroku. W zapiskach kliniki nie uwidoczniono aby wziernikiem jądro było można w ciałku szklaném wykazać. Wspominam o tém z tego powodu, że mi to przypomina przypadek, który widziałem w klinice prof. Arlta, a w którym operator pod względem pogrążenia soczewki uległ złudzeniu. Operowano zaćmę przejrzałą z lekko rozwodnioną korą. Gdy się ciałko szklane po przecięciu torebki ukazało, a chory był niespokojny, postanowił operator wydobyć jądro pętlą Webera. Zanim mu jednakże pętlę podano jądro znikło. Ponieważ źrenica była zupełnie czysta założono opaskę, w tém mniemaniu, że jądro w ciałku szklaném się pogrążyło. Gojenie postępowało bardzo pięknie, oko bladło, źrenica się rozszerzyła. Czwartego lub piątego dopiero dnia spostrzegł asystent przy przewiązywaniu oka wyniosłość wewnętrznéj części górnéj powieki. Bliższe badanie wykazało, że w załamku znajdowało się jądro, które się tam podczas operacyi dostało, zapewne w chwili, gdy niespokojny chory oko gwałtownie ku górze zwrócił. W obec wzorowego gojenia się rany u naszego chorego, jak nie mniéj w obec tego, że późniéj nie można było wykazać jądra w ciałku szklaném nasuwa się myśl, czy może małe jądro niespostrzeżone nie wyskoczyło lub pod górną powieką się nie ukryło. Pozostaje więc nierozstrzygniętą rzecz czy w tym przypadku jądro w ciałku szklaném się pogrążyło

Oprócz tych zboczeń zdarzyło się jeszcze w dwóch przypadkach, że cięcie rogówkowo-twardówkowe było za małe, okazała się więc potrzeba powiększenia cokolwiek ranki za pomocą nożyczek. Zboczenie to uszło bezkarnie w jednym przypadku, w drugim powstało ropne zapalenie tęczówki. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Wiestnik kliniczeskoj i sudiebnoi psichijatrii i niewropatologii. Czasopismo wychodzące w Petersburgu pod redakcyją prof. Mierzejewskiego. Zeszyt I z r. 1884.

Wiestnik rozpoczął drugi rok istnienia, a Iszy zeszyt tegoroczny, który mamy przed sobą, tak objętością, jak bogactwem treści dowodzi, że czasopismo to stoi na pewnym gruncie i z biegiem czasu zaszczytnie zaznacza swoje poważne stanowisko w literaturze lekarskiéj. Nie mogąc podać nawet w streszczeniu bogatéj treści téj publikacyi, pragniemy samém wymienieniem tytułów prac zawartych w Iszym tegorocznym zeszycie *Wiestnika* dać czytelnikom Przeglądu wyobrażenie o wartości literackiéj téj książki.

Dział psychijatryi zawiera: Dra Grejdenberga: Przyczynek do symptomatologii pomięszania pierwotnego; Doc. Dra Sikorskiego: O zjawiskach samowiedzy częściowéj; Doc. Dra Daniłły: O pielęgnowaniu zbrodniarzy chorych na umyśle.

W dziale nerwopatologii: Dra Tarnowskiego: O zmianach w rdzeniu powstających w skutek naciągania nerwu siedzeniowego; Doc. Dra Bechtierowa: O zmianach w rdzeniu w skutek przecięcia korzeni nerwów rdzeniowych; Dra Rosenbacha: O patogenezie padaczki; Doc. Dra Bechtierowa: Teoryja powstawania pojęcia przestrzeni; Dra Rosenbacha: O zjawiskach nerwowych towarzyszących trądowi.

Dział krytyczny i sprawozdawczy prześciga wszystko

to, z czem spotykamy się w europejskiéj literaturze, gdyż wszechstronna znajomość języków umożebnia redakcyi przystęp do piśmiennictwa całego świata cywilizowanego.

Pierwszy zeszyt tegoroczny *Wiestnika* jest istotną zdobyczą literatury lekarskiéj. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Brügelmann: **O powstawaniu i leczeniu dusznicy.**

1) W ciągu swych kilkoletnich spostrzeżeń miał B. sposobność niejednokrotnie stwierdzić zdanie Voltoliniego i Hänischa, że dusznica bardzo często jest powikłana ze sprawami chorobowemi nosa, a wyjątki pod tym względem należą nawet podług niego do rzadkości. Z pomiędzy chorób nosa najczęstszém powikłaniem dusznicy są obok polipów nabrzmienia błony śluzowéj, skrzywienie nosa lub jego przegrody, wreszcie czasem tylko proste przekrwienie lub nawet niedokrewność błony śluzowéj. Wszystkie te powikłania mają to wspólnego, że zatykają lub przynajmniéj znacznie zwężają jamę nosową w pewnych warunkach, np. jeżeli powstanie nieżyt nosa lub jeżeli chory leży na boku, to dolna połowa jamy nosowéj jest uciśniętą. Bardzo pouczający przypadek przytacza B.: U pewnego człowieka z Meklenburga, mieszkającego na wsi, którego przegroda nosowa była mocno skrzywiona z wygięciem ku stronie prawéj, a w lewéj połowie jamy nosowéj znajdował się spory polip, występowały co roku w czasie sianokosów bardzo silne napady duszności, które poprzedzał silny nieżyt nosa, wywołany przez unoszące się właśnie w tym czasie w powietrzu drobnowidowe twory.

Obok nieżytu nosa prawie stale napotykamy także zaczerwienienie lub nieżyt błony śluzowéj gardzieli i tchawicy, któreto sprawy chorobowe uważa B. za następowe.

Co się tyczy wreszcie nieżytu oskrzeli, to ten wcale nie należy do częstych zjawisk w tych razach, a w przypadku opisanym wcale go podczas napadu stwierdzić nie można było.

Związek przyczynowy między chorobami nosa a dusznicą tłumaczy B. w ten sposób, że choroby te zmniejszając pojemność jamy nosowéj, upośledzają przemianę gazów zwłaszcza w nocy przy zamkniętych ustach, a nagromadzony w większéj ilości we krwi CO_2 drażni ośrodek oddechowy, ztąd przyspieszenie oddechów i uczucie duszności, ztąd także na drodze odruchów kurcz mięśni oskrzelowych i nabrzmienie błony śluzowéj. Kryształki Charcota nie wzniecają dusznicy, ale są jéj objawem co już z tego wynika, że najwięcéj ich znajdujemy po napadzie. Łatwo sobie wyobrazić, że podobnie jak błona śluzowa nosa, może także błona śluzowa innych części narządu oddechowego jak głośni, tchawicy być przyczyną dusznicy, choć takie przypadki są nierównie rzadsze.

Co do rozedmy płuc B. odróżnia ściśle t. zw. wydęcie *(Lungenblähung)* od właściwéj rozedmy, przy któréj skutkiem upośledzonego odżywienia błony śluzowéj pęcherzyków zmniejsza się sprężystość ścian.

Najwybitniejszym objawem rozedmy właściwéj jest obok beczkowatéj klatki piersiowéj utrudniony wydech, gdy przy rozdęciu płuc objętość wydechowa jest normalna, a natomiast jest utrudniony wdech i z tego możnaby wnosić, że ośrodki wdechowe przedewszystkiem są przy dusznicy zajęte, a późniéj dopiero i w mniejszym stopniu ośrodki wydechowe.

Zabiegi lecznicze, których autor próbował opierają się na wspomnianych zapatrywaniach, a więc przedewszystkiem musi się zwrócić uwagę czy nie ma jakiéj choroby w jamie nosowéj, a w razie istnienia takowéj starać się ją usunąć; z bardzo dobrym skutkiem używał B. galwanokaustyki nawet w tych razach, gdzie nie było przekrwienia ani żadnych wybujałości; lecz doświadczył także skuteczności i innych sposobów leczenia, szczególnie pędzlowania zgęszczonym roztworem garbnika, roztworu jodowego, przestrzykiwania jamy nosowéj od tylnych otworów, a nawet wciągania do jamy nosowéj zimnéj wody. Następnie baczną uwagę należy także zwrócić na krtań i tchawicę i choroby jéj usuwać już to za pomocą pędzlowania, przyżegania lub wziewań odpowiednich środków. Co się tyczy pneumatoterapii, to B. jest jéj wielkim zwolennikiem, lecz nim się do takiego leczenia przystąpi, potrzeba zbadać czy jest rozedma, czy tylko wydęcie lub wreszcie czy nie ma ani jednego ani drugiego i według tego dopiero uregulować leczenie. Przy rozedmie po zgęszczoném powietrzu trzeba użyć powietrza rozrzedzonego, przy wydęciu tylko zgęszczone powietrze i im mniejsza jest objętość wdechowa, tém silniejszy trzeba wywierać ucisk na klatkę piersiową, a doświadczenie nauczyło B. że nie potrzeba się przy tém obawiać powstania rozedmy. Późniéj można połączyć dwa przyrządy i stósować naprzemian zgęszczone i rozrzedzone powietrze, a przy rzeczywistéj rozedmie jestto nawet koniecznem, aby tym sposobem przez zastósowanie rozrzedzonego powietrza zmniejszyć szkodę wyrządzoną przez użycie powietrza zgęszczonego.

Jeżeli jednak skurcz oskrzeli jest bardzo silny, to i najsilniejszy ucisk na klatkę piersiową nie pomoże, potrzeba więc użyć środka, któryby działał osłabiająco na ośrodki oddechowe, a to uskuteczuia się przez wstrzyknięcie większéj dawki morfinu i chory powinien jeszcze wśród odurzenia zacząć wdychiwać zgęszczone powietrze tak długo, aż nastąpią głębokie oddechy. Jeżeli po pewnym czasie skurcz oskrzeli na nowo wystąpi, trzeba wstrzyknięcie powtórzyć. W lżejszych przypadkach można wstrzykiwania morfinu zastąpić wziewaniem amylnitrytu. Co do technicznéj strony leczenia powietrznego, B. uważa za odpowiedniejsze używanie prostych gumowych lejków, które się wkłada między zęby i ściska wargami, bo powietrze nie uchodzi, gdy przy używaniu masek Waldenburga ścisłe przyleganie jest niemożebne. Rzadko się téż zdarza, żeby chorym potrzeba nos zatykać, bo się chorzy wnet wprawiają wyłączać oddychanie nosowe. Wdychający powinni stać nie siedzieć, aby mięśnie oddechowe mogły należycie pracować.

Przy takiém leczeniu cieszył się B. bardzo dobremi wynikami; bo żaden chory nie odchodził przynajmniéj bez znacznéj ulgi. Jedyną stroną ujemną postępowania jest, że leczenie trwa bardzo długo i skuteczność jego rozbija się często o brak wytrwałości i wyrozumienia chorych; to téż trzeba ich naprzód na to przygotować.

Obojętną jest rzeczą w jakiéj porze roku odbywa się leczenie, zimno nie ma wpływu na dusznicę i chorzy tacy powinni się jedynie strzedz suchego wiatru wschodniego, który bardzo usposabia do nieżytów i wysusza błonę śluzową. Z innych środków w dusznicy używanych arszenik, konopie indyjskie, dym saletry albo nie łagodzą napadów albo bardzo nieznacznie, używanie chloralu jest uzasadnione zwłaszcza na noc. Ważne są także wziewania z rozpylacza najwięcéj salmiaku i B. bardzo je poleca tam gdzie chodzi o rozpuszczenie suchego śluzu. Schäffer poleca energiczną faradyzacyję nerwu błędnego w celu przerwania napadów. O skuteczności tego sposobu przekonał się B. wielokrotnie i jest on téż usprawiedliwiony ze stanowiska jego teoryi, tj. jeżeli się przyjmie że zadrażnienie nerwu błędnego wy-

wiera działanie na ośrodki. Wreszcie co do leczenia klimatycznego i zmiany miejsca pobytu, to jest rzeczą podrzędnéj wagi, a chodzi tylko o to aby powietrze było czyste i odpowiednio wilgotne. (*Deutsche med. Zeitg.* Nr. 56, 1884).

Dr. Otto.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 2 maja 1884.

Obecni koledzy Drowie: Grodzki, Kapuściński, Koszutski, Jarnatowski, zamiejscowy członek Dr. Zaremba z Pierzchna i sekretarz.

Po zagajeniu posiedzenia przez sekretarza w nieobecności stałego prezesa uproszono na przewodniczącego Dra Zarembę.

Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia niezmieniony przyjęto i podpisano, poczém wszczęła się rozprawa nad chorobami nagminnie panującemi, w któréj zabiera pierwszy głos kol. Koszutski, aby wspomnieć o chorobach, jakie w obecnéj porze spotyka; widuje on zimnicę, zapalenie migdałów, błonicę, krztusiec i dławiec. Ostatnią chorobę spotykał w téj saméj rodzinie tak u dorosłych jakotéż i dzieci, co prelegenta naprowadza na domysł, iż tu musiała być jakaś lokalna przyczyna infekcyjna.

Kol. Kapuściński leczy teraz płonicę i to w bardzo silnych postaciach z powikłaniem nerkowém.

Dr. Wicherkiewicz zwraca na to uwagę, że w skutek nagłéj zmiany temperatury, widuje niektóre choroby oczne w tak znacznéj ilości, że skłonny jest zmianie meteorologicznéj przypisywać powstanie tych chorób, którémi są: bardzo silny ostry nieżyt spojówki, daléj nerwobóle nerwu trójdzielnego, częste jęczmienie z silném obrzmieniem całéj powieki, a nawet i spojówki gałkowéj, a w końcu opisane zapalenia nadtwardówkowe. Nawięzując do ostatniéj choroby, wspomina W. o leczeniu jéj za pomocą nagniatania i zasypywania chlorkiem rtęci, a daléj mówi o znakomitéj wartości leczniczéj sproszkowanego kwasu borowego, w miejsce kalomelu, tam mianowicie, gdzie obok wewnętrznego użycia jodku potasowego, chlorek rtęci dla wiadomych powodów nie mógłby być zasypywanym. — Po wyczerpnięciu dyskusyi nad tym działem porządku dziennego wspomina kol. Koszutski o dalszych swych doświadczeniach w sprawie leczenia błonicy zaleconym przez siebie sposobem. Z powodu tego wywiązała się żywsza rozprawa, w któréj zabierali głos wszyscy obecni członkowie.

Następnie kol. Kapuściński przytacza przypadek przemawiający za nadzwyczajnie długą trwałością infekcyi gruźliczéj. Leczył on dziecko na gruźlicze zapalenie opon mózgowych w rodzinie, w któréj żadnego nie było przypadku suchot. Zastanawiając się nad przyczyną tego odosobnionego przypadku gruźliczego zapalenia błony mózgowéj, któremu nie zbywało żadnego znamionującego objawu, nie wyjmując nawet objawu Wiederhofera, przypomniał sobie kol. Kapuściński, że w témże samém pomieszkaniu leczył był rok przedtém na *meningitis tuberculosa* członka rodziny, w któréj gruźlica była dziedziczną. Sposób więc przeniesienia gruźlicy na członka zdrowéj familii tłumaczyć sobie tylko można przechowaniem się zarazka w pomieszkaniu.

Kol. Koszutski przytacza, w skutek uwagi zrobionéj przez kol. Zarembę, że według nowszych poszukiwań, powodem zapalenia płuc ma być przyrzut przenośny, przypadek, w którym mąż pani X., pielęgnując swoją zapaleniem płuc dotkniętą żonę w hotelu berlińskim, bez żadnéj innéj wiadoméj przyczyny na tę samą zapadł chorobę. — Kol. Grodzki wspomina o przypadku, gdzie w jednym z miejscowych domów powstała płonica, gdy zdarto tapety w pokoju, w którym rok przedtém leżały dzieci chore na tę chorobę. — Kol. Koszutski przytacza znów inny odnośny przypadek. Pani X. kupuje na aukcyi po osobie, która umarła na suchoty, kabacik dobrze zachowany. Po niejakimś czasie ubiera się w niego i niebawem zapadłszy na suchoty umiera. — W dalszym toku rozpraw nad zaraźliwością przelicznych chorób, przytacza Dr. Jarnatowski przypadek dotyczący zaraźliwości duru. W pewnéj rodzinie umiera głowa rodziny. Kol. Jarnatowski przestrzega, aby pościel i bieliznę po nieboszczyku wykluczono z użycia. Zapakowano ją jednakże i zabrano ze sobą przy przeprowadzeniu do Berlina. Po pewnym dość znacznym przeciągu czasu, gdy pościeli zabrakło otwiera wdowa po nieboszczyku skrzynię, wyjmuje pościel i kładzie się na nią, zapada wkrótce potém na dur. — Kol. Kapuściński opowiada inny przypadek, gdzie paczka wysłana z domu, w którym panowała płonica wywołała w odległości 6—8 mil takąż chorobę w rodzinie, która tę paczkę odebrała. — Dr. Wicherkiewicz przypomina z r. 1873 przypadek przemawiający za przypuszczeniem Kocha, że przyrzut cholery czepia się przeważnie pościeli i bielizny: powołany na wieś do starca dogorywającego na cholerę, przestrzegł W. córkę tegoż starca, która jedyna z licznych mieszkańców jednego i tego samego domu przy życiu pozostała a także i przy zupełném zdrowiu, ażeby po śmierci ojca, zamknąwszy dom, wyniosła się gdziekolwiek i żadnych rzeczy, a mianowicie brudnéj bielizny i pościeli po nieboszczykach, nie tykała. Po śmierci owego starca nie pokazywały się téż żadne nowe przypadki cholery aż w trzy tygodnie późniéj ponownie powołano kol. Wicherkiewicza do téj saméj wsi, gdyż dziewczyna ta zapadła także na cholerę. Bliższe badanie przyczyny tego zajścia wykazało, że mimo zakazu osoba ta zajęła się praniem bielizny po zmarłych rodzicach.— Kol. Zaremba nadmienia w końcu, że najlepszym środkiem odwietrzającym pokoje po zaraźliwych chorobach jest palenie siarki.

Sekretarz wnosi, ażeby z powodu mającego odbyć się Zjazdu, pominąć w tym roku odbywające się zwykle w czerwcu Walne zgromadzenie, na co się téż zebrani koledzy godzą, a w końcu przedkłada sekretarz nadesłaną przez Wydawnictwo dzieł lekarskich Hydroterapię Smoleńskiego, poczém posiedzenie zamknięto. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

V. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra **Kwaśnickiego.**

VI.

O godzinie 8 rano uczestnicy Zjazdu zwiedzili szpital Sióstr miłosierdzia, będący pod kierunkiem Drów Mateckiego, Kaczorowskiego i Sęckiego, oraz szpital miejski, a przynajmniéj tę część jego, która znajduje się pod dyrekcyją Dra Kaczorowskiego. Jeśli w tych zakładach nie można dopatrzyć żadnych osobliwości, któreby je wyróżniały, to z całą sumiennością wyznać należy, że wzorowa czystość i porządek, zasługują nie tylko na uznanie, lecz i naśladowanie. Z prac literackich Dra Kaczorowskiego znają czytelnicy Przeglądu jego stałe przekonania o etyjologiczném znaczeniu pasorzytów w powstawaniu chorób i o leczniczéj wartości zimnego powietrza, jako środka obniżającego ciepłotę. Czyniąc nam zaszczyt oprowadzenia po wymienionych szpitalach, Dr. Kaczorowski oświadczył, że każe trzy razy dziennie otwierać okna w szpitalu przez cały rok i że, zawdzięczając téj metodzie wietrzenia ma czyste powietrze w zakładzie, a nie spostrzegał nigdy złych następstw tego postępowania. Wiadomo jest, że Dr. Kaczorowski nie jest odosobniony w swoich zapatrywaniach, a jeżeli nie znajduje licznych naśladowców to przypisać to należy trudnościom, jakie stawia lekarzowi publiczność, mająca, jak wiadomo, zbyt przesadne wyobrażenie o tak zwanem przeziębieniu. Co się tyczy otwierania okien jako środka mającego na celu wietrzenie sal, to sądząc z tego, że w obu szpitalach zwiedzanych nie było czuć téj cechującéj szpitale całego świata woni, przyznać należy, że jestto niezawodnie najpewniejszy i najskuteczniejszy sposób, przewyższający wentylatory.

W godzinie południowéj zwiedzali członkowie Zjazdu Instytut oftalmologiczny Dra Wicherkiewicza, który dzieli się na zakład dla ubogich chorych i klinikę prywatną; pierwszy zawiera 46 łóżek, rozmieszczonych na trzech pię-

trach tylnéj połaci kamienicy; na dole znajduje się kancelaryja Zarządu i sala operacyjna. Zakład jest bardzo dobrze zaopatrzony w wszelkiego rodzaju przyrządy do badania oka służące; narzędzia chirurgiczne sprowadzone z Londynu odznaczają się dokładnością wykonania i poprawnością konstrukcyi. Klinika prywatna urządzona jest na 6 łóżek w osobnych pokojach na Iszém piętrze i na dole od ulicy (ul. św. Marcina, l. 6), wyróżnia się pięknemi pokojami i komfortem w urządzeniu.

W przerwie między porannemi posiedzeniami sekcyjnemi, a popołudniowém posiedzeniem ogólném, zwiedzili członkowie Zjazdu Muzeum Towarzystwa poznańskiego przyjaciół nauk, wystawę obrazów Matejki i wystawę przyrodniczo lekarską.

Posiedzenia sekcyjne z d. 4 czerwca.

Sekcyja medycyny wewnętrznéj.

Przewodniczący Dr. Kwaśnicki, zastępcy: Dr. Handelsmann i Dr. Szerbl, sekretarz Dr. Gluziński.

Na porządku dziennym załatwienie wniosku Doc. Dra Jaworskiego, przekazanego Sekcyi przez Isze ogólne posiedzenie, co do założenia pisma poświęconego medycynie doświadczalnéj. Po dyskusyi, w któréj brali udział Dr. Reichmann, Dr. Kwaśnicki i Dr. Gluziński uchwalono na wniosek Dra Reichmana, aby ze względu, że podobne pismo wydaje Tow. lek. warszawskie (Pamiętnik), prosić redakcyję tegoż, ażeby przyjęła na siebie urzeczywistnienie kierunku, którego wniosek Dra Jaworskiego żąda.

Następnie Dr. Jaworski czyni drugi wniosek, tyczący się zakładania stacyj obserwacyjnych klinicznych w zakładach zdrojowych i przeprowadzania dokładnych obserwacyj klinicznych przez stałych lekarzy zdrojowych. Wnioskodawca szczegółowo uzasadnił swój wniosek, który został jednomyślnie przyjęty i postanowiono ogłosić go drukiem w Dzienniku Zjazdu, jako odezwę do lekarzy w zakładach kąpielowych praktykujących.

I. Po załatwieniu tych wniosków nastąpił odczyt Dra Pacanowskiego: O kliniczném znaczeniu peptonów w moczu. Prof. Maixner był pierwszy, który wypowiedział zdanie na Zjeździe krakowskim, że peptonuryja występuje w okresie rezolucyjnym chorób zapalnych i zależy od rozpadu ciałek ropnych i wydalanego z nich peptonu. Prelegent stwierdził teoryję Maixnera i znalazł potwierdzenie jéj i w chorobach zakaźnych wbrew poszukiwaniom Jakscha. Daléj P. stwierdził zawsze peptonuryję u cierpiących na raka wątroby, odbytnicy, żołądka, przełyku i macicy. W przypadkach wątpliwego rozpoznania choroby wątrobowéj peptonuryja przemawia za rakiem. Prelegent jednakże nie podziela zdania Jakscha, co do wielkiego znaczenia dyjagnostycznego peptonuryi, i widzi w tém odkryciu nabytek wyłącznie teoretycznéj wartości.

W dyskusyi zabiera głos prof. Maixner i twierdzi, że znajdował istotnie w niektórych przypadkach raka żołądkowego peptonuryję, a że w téj chorobie rozpad białych ciałek jest nieznaczny, należy zastanowić się, czy peptonuryja nie ma innych źródeł? Z doświadczeń które czynił Hofmeister na trawiącym żołądku wynika, że białe komórki w gruczołach gromadzące się absorbują podczas trawienia pepton, i składają jako białko w tkaniny organizmu; jeżeli ściana żołądka ulega chorobie, na ten czas pepton dostaje się do naczyń i pojawia się w moczu. Tym sposobem peptonuryja miałaby dwojakie źródło: rozpad komórek ropnych i wessanie peptonu w żołądku. Zabierają jeszcze głos: Dr. Reichmann, Dr. Gluziński i prelegent.

II. Prof. Maixner (z Pragi): Otrucie fosforem ze stanowiska klinicznego. Prelegent rozbiera kliniczne oznaki otrucia, w szczególności: ciepłotę, tętno, wysypki, mocz itd.; spostrzegał on wybitne dowody bujania tkanki łącznéj około komórek wątrobowych w otruciu fosforowém i utrzymuje, że czasem to bujanie powstrzymuje się, a zdarza się, że postępuje daléj i prowadzi do marskości, co Wegener doświadczeniami dowiódł; prof. M. jest w toku robienia podobnych doświadczeń, które późniéj ogłosić zamierza.

III. Dr. Czarda (z Pragi): O rynoepilepsyi. Na podstawie 12 przypadków padaczki, w których prelegent badał uszy i nos, doszedł on do następujących wniosków:

1) Rynoepilepsyja tak powstać może z podrażnienia zakończeń w nosie nerwu troistego, jak padaczka w skutek podrażnienia tegoż nerwu w uchu *(ab aure laesa)*.

2) Że w przypadkach autora przyczyną padaczki było cierpienie w nosie, stwierdza to badanie rynoskopem i wynik pomyślny lokalnego leczenia.

Prelegent zachęca do badania nosa i ucha w każdym przypadku padaczki, pląsawicy itd.

IV. Prof. Dr. Steffal (z Pragi): O wrodzonych szczerbach czaszki dojrzałego płodu. Następujące szczerby mają znaczenie dla medycyny sądowéj i położnictwa: *a*) Szczerba w końcu kości potylicowéj jest pozostałością środkowego ciemiączka; na 38 główkach brakowało jéj 4 razy; *b*) *Incisura parietalis* znajduje się 2 cm. przed kością potylicową; na 50 główek brakowało jéj 14 razy; *c*) Częściowa szczerba w brzegu lambdowym kości ciemieniowéj, brakowało jéj na 60 główek 24 razy.—Podług Hoffmana od powyżéj opisanych różnią się szczerby urazowe następującemi oznakami: 1) że wrodzone szczerby mają stałe miejsca, 2) symetryczne położenie i 3) są wypełnione embryjonalną materyją, a okostna i błona twarda przechodzą nienaruszone po nad szczerbami.

V. Dr. Sawicki: O związku przyczynowym zjawisk zachodzących w nerwach. Obszerna i teoretyczna ta praca nie nadaje się do streszczenia w tych rozmiarach, jakie nadaliśmy innym odczytom.

Sekcyja chirurgiczna.

Przewodniczący Dr. Majer, prezes Akademii Umiejętn. w Krakowie, sekretarz Dr. Szuman.

1) Prof. Obaliński: O nowszych wskazaniach do uretrotomii zewnętrznéj. Odczyt ten został ogłoszony w Przeglądzie Lek. Nr. 25 i 26. W dyskusyi zabierał głos prof. Janowski z Pragi, Dr. Wehr i prelegent.

2) Następnie Dr. Szuman czytał referat co do tematu, który proponował Wydział gospodarczy Zjazdu: „Jak można sposoby przeciwgnilnego opatrywania ran zastosować najlepiéj do praktyki lekarskiéj.“ Liczne przykłady przytoczone przez sprawozdawcę dowodzą, że metoda antyseptyczna nie jest ogólnie stósowaną przez lekarzy praktykujących w powiatach i miasteczkach. W sprawozdaniu starano się uwzględnić wszelkie uproszczenia, których zastósowanie nie wychodziłoby na szkodę chorego. Referent uważa za rzecz niezbędną, ażeby lekarz posiadał stężony roztwór kw. karbolowego (90%—50%). Odpowiednią w tym celu płaską metalową flaszeczkę na 120,0 cieczy, okazał zebraniu; również przedstawił kieszonkową flaszeczkę dla sączków, które powinny ciągle pozostawać w płynie przeciwgnilnym. W dyskusyi zabierał głos Dr Obtułowicz.

Dr. Ćwiklicer proponuje urządzenie kursów dla lekarzy praktycznych, w celu obznajomiania ich z postępem na-

uki i pouczania techniki stósowania środków antyseptycznych; pomysł Dra Ćwiklicera popierają gorąco: Dr. Szuman, Dr. Obtułowicz, Dr. Wehr i prezes Dr. Majer.

Sekcyja oftalmologiczno-otologiczna.

Przewodniczący prof. Dr. Rydel, sekretarz Dr. Kępiński.

1) Dr. Łasiński mówił: O niedowidzeniu w skutek nadużycia tytoniu i alkoholu. Pomimo całéj genijalności pomysłu, wziernik oczny nie wystarcza do rozpoznania wszystkich chorób oka, i w tych okolicznościach uzupełnia go perimetr; do takich chorób należy niedośleр w skutek nadużycia tytoniu i wyskoku, który stanowi 1% wszystkich chorób ocznych. Prelegent przytoczył literaturę tego przedmiotu, oddając hołd zasługom na tém polu pracy Förstera, który pierwszy zwrócił uwagę na stałą przerwę ośrodkową dla barwy czerwonéj w polu widzenia; następnie nakreślił obraz kliniczny tego cierpienia, którego rozpoznanie polega na zmniejszonéj bystrości wzroku, obok ujemnych wyników badania wziernikowego, oraz na przerwie ośrodkowéj w polu widzenia dla barwy czerwonéj. Leczenie polega na usunięciu przyczyn, tj. palenia.

Dr. Ł. wypowiedział następujące twierdzenia: 1) Niedośleр powstaje w skutek nadużywania tytoniu; wyskok odgrywa tu rolę podrzędną; 2) stałym objawem niedoślepu jest przerwa ośrodkowa w polu widzenia dla barwy czerwonéj; 3) choroba ta jest uleczną.

W dyskusyi zabierali głos: prof. Rydel, Dr. Wicherkiewicz, Dr. Talko i Dr. Kępiński.

2) Dr. Wicherkiewicz mówił: O nowym sposobie operacyi garbca rogówki. Prelegent uzasadnia dla czego wszystkie znane sposoby operacyi garbca rogówki nie zadowoliły go i następnie opisuje swój własny sposób, którym operuje od lat 5. Sposób ten polega na przeprowadzeniu 2 do 3 nitek katgutowych przez podstawę garbca 1 mm. przed granicą rogówko-twardówkową, na wycięciu nożem Graefego eliptycznego kawałka ze ścian garbca i to tak, ażeby nitki pozostały o 1 mm. oddalone od brzegu rany, następnie na wypuszczeniu soczewki i związaniu nitek. Korzyści téj operacyi są następujące: 1) Nie powstaje ubytek ciałka szklanego; 2) blizna operacyjna stawia silny opór dalszemu rozwiotczeniu i daje 3) możność namalowania sztucznéj źrenicy. Autor statystycznemi liczbami stwierdza swe wywody.

W dyskusyi zabierali głos: prof. Rydel, Dr. Talko i Dr. Łasiński.

Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj.

Przewodniczący prof. Dr. Blumenstok, sekretarz Dr. Laskiewicz.

1) Prof. Dr. Blumenstok miał wykład: Przyczynek do nauki o somnambulizmie wyskokowym (*Trance state*). Wychodząc z obserwacyi amerykańskiego lekarza Crothersa i pięknéj rozprawy Polaka prof. Mierzejewskiego w Petersburgu, zastanawiał się prelegent nad stanem zamroczenia w ogóle, a w szczególności nad stanem senności, stanowiącym czasem okres zwiastunowy typowego napadu obłędu opilczego, ale także utrzymującym się po wystąpieniu napadu właściwego. Podczas gdy Crothers i Mierzejewski główny kładą nacisk na somnambulizm, jako okres zwiastunowy, prelegent spostrzegał wybitny przypadek, wśród którego wystąpił napad obłędu opilczego, przez lekarza sprawdzony, po ustąpieniu którego dopiero wystąpił okres zamroczenia, w którym chory posunął się do samooskarżenia się o kradzież, i z tego powodu stał się przedmiotem dochodzenia sądowolekarskiego. W tym przypadku nie było amnezyi całkowitéj, bo chory sumarycznie przypominał sobie zdarzenie główne, które miało wszystkie cechy braku samowiedzy, objawiającego się w stanie zamroczenia, wspólnego senności właściwéj, epilepsyi i alkoholizmowi.

II. Prof. Blumenstok: O przerwach wolnych ze stanowiska sądowolekarskiego. Podawszy szkic historyczny téj kwestyi zastanawiał się prelegent nad pytaniem, w których formach obłąkania spotykać się możemy z przerwami, które obecnie raczéj za remisyje lub intermisyje poczytujemy. Najczęściéj zdarzają się w obłąkaniu przemienném (*manie à double forme*, *manie circulaire*) i w obłąkaniu okresowém (*manie periodique*). Ponieważ jednak formy te polegają na zwyrodnieniu, więc i w przerwach mamy przed sobą tępotę umysłową, którą trafnie scharakteryzował prof. Meyer w Getyndze, porównywując chorego z przyjacielem, którego się dawno nie widziało i z którym znaczne zmiany zajść musiały. Wykładający przytacza z własnéj obserwacyi sądowolekarskiéj ciekawy przypadek, objaśniający znaczenie przerw wolnych w sposób następujący: 30 letni żyd galicyjski był w wojsku kilkakrotnie karanym za kłótnie, pijaństwo, łgarstwo i kradzież; oprócz tego zjednał sobie u przełożonych opiniję próżniaka. Po popełnieniu lekkiéj kradzieży w Wiedniu, uznany przez lekarzy sądowych za obłąkanego, oddanym został do kliniki Meynerta, gdzie długo bywał bardzo gwałtownym, rzucał się ze scyzorykiem na siostrę, uważał siebie za komenderującego, prowadził wojnę z Bośniją, udzielał ordery, urzędy, jadał swój kał itd. Ztamtąd oddany do Kulparkowa, popełniał bowiem kilkakrotnie kradzieże, dokonane bądź sprytnie, bądź téż niezgrabnie, wreszcie sam się przed Sąd zjawił. Obecnie jest w oddziale chorób umysłowych w Krakowie z objawami ciężkiéj zadumy osłupnéj.

Zamiast przypuszczać wątpliwe istnienie przerw wolnych, istnienie którego nie przyznają tacy wytrawni lekarze sądowi, jak Casper, lepiéj będzie przyjąć: zwolnienia (remisyje), przepuszczenia (intermisyje) i recydywy obłąkania.

W dyskusyi zabierają głos: Dr. Laskiewicz i radca Motty.

III. Dr. Laskiewicz: O własnych spostrzeżeniach nad działaniem paraldehydu, i porównawczéj działalności celniejszych środków nasennych w ogóle. Prelegent wylicza szereg leków nasennych i kojących, mówi o sposobie ich użycia, o wskazaniach i przeciwwskazaniach dla każdego z nich, podaje chemiczne, fizyczne, farmakodynamiczne i toksyczne własności paraldehydu, mówi o doświadczeniach innych badaczy na zwierzętach i u ludzi, — o morfinizmie, i przychodzi do wniosku, że paraldehyd jest środek drogi, niepewny, czasami szkodliwy, i rzadko tylko mogący wypełnić wskazania chloralu.

W dyskusyi zabierają głos: Dr. Żuliński, Dr. Chałupczyński, prof. Blumenstok i prelegent.

IV. Dr. Wiluński zwraca uwagę, że rezolucyja zapadła w skutek wniosku Dra Wlazlowskiego, winna być wniesioną do sejmu pruskiego; prezes i sekretarz podpisali w imieniu sekcyi tę rezolucyję i doręczyli ją Drowi Osowickiemu; opiewa ona:

„Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj, na posiedzeniu swém d. 3 czerwca 1884 r. jednogłośnie uchwaliła na wniosek Dra Wlazłowskiego: Polecić biuru IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, aby wystosowało do Wy-

sokiego Sejmu pruskiego petycyję téj treści, ażeby przy istniejących rządowych zakładach dla głuchoniemych po cenach przystępnych jąkający się według praktycznéj metody fonicznéj nauczanymi być mogli.

Po południu odbyło się drugie Ogólne posiedzenie, z którego zdamy sprawę w Nrze następnym. Z posiedzenia udali się uczestnicy Zjazdu do hotelu francuskiego na pożegnalną ucztę, podczas któréj dano swobodny wyraz uczuciom, któremi wezbrała pierś w ciągu tych kilku dni duchowego życia. Wspaniały toast p. Jarochowskiego wygłoszony dla uczczenia Prezesa krakowskiéj Akademii wzniecił prawdziwy zapał w kole biesiadném. Po przemówieniach Prezesa Majera, pp. Syroczyńskiego, Piotra Chmielowskiego, Dra Wicherkiewicza, Dra Chodounskiego, wniósł August hr. Cieszkowski nasze kochajmy się, nawięzując do tego toastu wiele pięknych i mądrych myśli. Po obiedzie udali się biesiadnicy do teatru, gdzie dla uczczenia IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyło się przedstawienie znanéj komedyi K. Zaleskiego: „Górą Nasi".

Po powrocie z teatru już tylko kilka godzin dzieliło nas od wyjazdu do Kruszwicy, była to więc chwila pożegnania zacnych Wielkopolan dla wielu z nas; pomimo spóźnionéj pory spędziliśmy ją w kółkach rodzinnych naszych gościnnych gospodarzy; urok towarzyski i wyższy nastrój ducha spędzały sen z powiek i krzepiły nielitościwie nadużyte siły fizyczne.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyjo!

Przegląd Lekarski, który na polu piśmiennictwa naszego tak zaszczytne spełnia posłannictwo, zaznajamiając wszystkich lekarzy, zwłaszcza zaś lekarzy praktycznych, zmuszonych do spełniania swych obowiązków w różnych zakątkach kraju, z wszelkiemi nabytkami wiedzy w różnych gałęziach nauki lekarskiéj, pod jednym względem wielką przedstawia lukę, którą jednak łatwo wypełnić będzie można, a mianowicie pod względem epidemijologii kraju naszego. Z dat mozolnie przez kol. Buszka zestawionych wiemy nader dokładnie, co się dzieje w Krakowie, w stolicach europejskich i na drugiéj półkuli świata, tj. w Nowym Yorku, Filadelfii, a nawet w Bombayu, Madrasie, Kalkucie, a nie wiemy, a przynajmniéj z Przeglądu Lekarskiego obecnie dowiedzieć się nie możemy, co się dzieje o miedzę po za Krakowem, co się dzieje w innych powiatach kraju naszego. Sądzę przeto, że w obec zjawiającéj się na zachodnim krańcu Europy groźnéj plagi ludzkości, rzeczą będzie pożyteczną dla czytelników Przeglądu Lekarskiego, a nie przysporzy wiele pracy kolegom moim, lekarzom powiatowym, jeżeli z dniem 1go każdego miesiąca nadeszlą do Szanownéj Redakcyi Przeglądu kartę korespondencyjną, zawierającą kilka słów o przebiegu chorób nagminnych, pojawiających się w pojedynczych powiatach galicyjskich.

Podnosząc myśl tę, spodziewam się, że uczynię Przegląd lekarski pismem jeszcze niezbędniejszém dla wszystkich lekarzy praktykujących w kraju naszym, a zarazem wypełnię lukę w gałęzi epidemijologicznéj, dotyczącéj kraju naszego. W końcu winienem dodać, że przed laty kilku Przegląd Lekarski zamieszczał już takie krótkie sprawozdanie i szkoda wielka, że działu tego daléj skrzętnie nie prowadził.

Upraszam Wgo Pana Redaktora o zamieszczenie kilku tych wyrazów w łamach naszego pisma.

Dr. Ferd. Obtułowicz
c. k. lekarz pow. w Buczaczu.

Uwagi zawarte w przytoczonym liście Szan. Kolegi i współpracownika naszego są tak słuszne, że zasadniczo piszemy się na nie w całości. Że redakcyja Przeglądu ma te same przekonania wystawia nam świadectwo sam autor listu, pisząc, że rubryka epidemijologii krajowéj istniała dawniéj w Przeglądzie; rzeczywiście zaś ustała wtenczas, kiedy zaprzestano nadsyłać z kraju wykazy miesięczne. Życzymy sobie szczerze, ażeby list Dra Obtułowicza zachęcił jego kolegów lekarzy powiatowych do nadsyłania nam wykazów epidemijologicznych, tém więcéj, że jeżeli w tym liście jest zarzut opieszałości, to on się ich dotyczy. *(Red.)*

Buczacz. W powiecie buczackim panuje obecnie krztusiec z przebiegiem dość łagodnym, niemal we wszystkich gminach powiatu, szczególniéj zaś w gminach położonych koło miast Buczacza, Jazłowca, Monasterzysk i Potoka Złotego; dur plamisty pojawia się jeszcze sporadycznie w Nowosiółce Jazłowieckiéj; odra pojawia się rówaież tu i owdzie sporadycznie; w samymże Buczaczu zdarzyło się w ostatnich dniach kilka przypadków choleryny między dziećmi z przebiegiem przeważnie śmiertelnym i choleryny między dorosłymi *(cholera nostras)* z przebiegiem łagodnym i pomyślnym. *Dr. Obtułowicz.*

* **Cholera.** Mimo powrotu Kocha do Berlina nie słychać nic o sprawozdaniu jego urzędowém; dotychczas zaprzeczono tylko urzędowo doniesioniom dziennikarskim o jego zapatrywaniach; nazwano je niedokładnemi, co z góry było rzeczą jasną, ale nie wypowiedziano tego, co Koch w rzeczy saméj spostrzegł i co twierdzi obecnie. Natomiast bezpośrednio po jego powrocie Rząd niemiecki rozporządził środki ostrożności wobec cholery, ale z rozporządzenia tego nie dowiadujemy się niczego nowego; o zamknięciu granic lub o zaprowadzeniu kwarantany nie ma mowy, tylko podróżni mają być poddani rewizyi lekarskiéj na głównych stacyjach granicznych. Co znaczy taka rewizyja, wiemy, a zresztą rewizyja, choćby najściślejsza, na stacyjach głównych wcale nie zapobiega jeszcze przewleczeniu zarazy licznemi stacyjami ubocznemi Z tego wszystkiego widoczna, że Koch nietylko nie wykrył środka swoistego przeciw cholerze, — czego zresztą lekarze wcale się nie spodziewali, — ale nawet nie jest w stanie podać nowych środków ochronnych, jak to zapowiedział był po powrocie z Indyj. Lekarze niektórzy podnoszą sposób ochronny osobniczy, którego trzymał się Koch sam, a mianowicie obmywanie rąk rozczynem sublimatowym (1:1,000) i niespożywanie pokarmów i napojów, poprzednio niegotowanych; ale pytanie, czy Koch wyszedł cało z miejsc zapowietrzonych w skutek tego postępowania? Wszakże i wielu innych lekarzy nie zapadało i nie zapada, pomimo niestosowania tego sposobu.

Towarzystwo lekarskie berlińskie wyznaczyło komisyję, złożoną z lekarzy szpitalnych, a mającą obradować i badać postępowanie w cholerze. Rzecz widoczna, że i lekarze berlińscy, uznając doniosłość odkrycia Kocha dla teoryi, nie przypisują mu jednak nateraz znaczenia w praktyce.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,1. Z ospy umarło 3 (2 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach płonicy, 1 krztuśca, 1 błonicy, 12 choleryn. W tygodniu od 6—12 lipca zapadło świeżo na ospę w Londynie 197 (286 z. t.), leczyło się w szpitalach 1321, umarło 21 W Pradze umarło 7, w Brukseli 6, w Odesie 2, w Petersburgu, 3, w Nowym Orleanie 4, w Liwerpolu i Lizbonie 6, w Kalkucie (od 25—31 maja) 15, w Madrasie (od 10—16 maja) 61. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Petersburgu, Warszawie i Granadzie po 1, w Maladze 2, w San Francisco 3. W Kalkucie umarło z cholery od 18—24 maja 48, od 25—31 maja 33. W Tulonie umarło od 19—28 czerwca 63, w Marsylii 4; od 29 czerwca do 5 lipca umarło w Tulonie 60, w Marsylii 23; od 6—12 lipca umarło w Tulonie 99, w Marsylii 295; od 13 do 18 lipca w Tulonie 161, w Marsylii 282. Razem umarło w obydwu miastach z cholery 987. Oprócz tego umarło z cholery w Aix od 8—10 lipca 4, w Nimes 10, a w Lyonie 12 lipca 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,2; w Warszawie 32,8; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 25,0; w Budapeszcie 43,3; w Pradze 32,3; w Tryjeście 18,2; w Berlinie 37,8; w Hamburgu 31,2; we

Wrocławiu 41,1; w Gdańsku 24,9; w Mnichowie 28,4; w Dreźnie 32,8; w Lipsku 28,4; w Bazylei 11,6; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 28.9; w Hadze 26,1; w Paryżu 24,4; w Londynie 24,0; w Kopenhadze 29.8; w Stokholmie 26,0; w Chrystyjanii 23,1; w Petersburgu 30.7; w Odesie 42,0; w Rzymie 24,0; w Wenecyi 25,9; w Bukareszcie 29,9; w Madrycie 31,6; w Lizbonie 27,9; w Aleksandryi 34,8; w Nowym Jorku 24,3; w Filadelfii 21,0; w Bombayu 24,6; w Madrasie 41,7. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 6—12 lipca b. r. umarło osób 69, co odpowiada na rok i 1,000 m. 31·1. W tym czasie umarło 2 osoby z ospy, 1 z dyfteryi, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 3 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 lipca. Podzielić się możemy z czytelnikami naszymi pewną wiadomością, że obecny właściciel Ojcowa Margrabia Huntly Gordon zamierza na przyszłą wiosnę otworzyć w Ojcowie zakład hydropatyczny i że dokłada wszelkich starań, ażeby zakład ten tak co do urządzenia wewnętrznego, dobrych pomieszkań i wszystkiego, co tylko służyć może do wygody i przyjemności chorych, dorównał najlepszym zakładom hydropatycznym za granicą. Przy takich dobrych chęciach, jakie okazuje w ogóle obecny właściciel co do podniesienia Ojcowa, spodziewać się można, że zakład hydropatyczny położony w tak uroczéj okolicy, znajdujący się tak blisko Krakowa, a zbliżony do Warszawy przez nową kolej Demblińsko-Dąbrowską, powinien rychło stać się zakładem pierwszorzędnym, w którym znaleźć mogą poprawę zdrowia liczni chorzy, którzy dotychczas leczyli się w zakładach zagranicznych z ujmą dobrobytu krajowego.

* D. 26 lipca b. r. wykonał w szpitalu św. Łazarza prof. Obaliński owaryjotomiję u 20-letniéj panny, któréj wyborny stan zdrowia w piątym dniu po operacyi pozwala jak najlepiéj rokować.

* W tych dniach rozlepiono po rogach ulic Krakowa odezwę Magistratu, domagającą się u właścicieli domów, ażeby wobec zbliżającéj się epidemii poczynili zarządzenia, zmierzające do asanizacyi miasta, przyczém ogólnikowo powiedziano, w jakim kierunku to działanie należy prowadzić. Takie ogólne wezwanie, do tak uporczywie nieruchomych ludzi, jakiemi są mieszkańcy Krakowa, z tak słabym naciskiem, jak: „Magistrat ma niepłonną nadzieję, że mieszkańcy zastosują się“ itd., to środek niezawodny, wypróbowany, ale ze swéj bezskuteczności; odezwa Magistratu będzie miała znaczenie tylko teoretyczne, i zdziała tyle, co artykuł dziennikarski, któremu nikt nie przeczy, ale idzie za jego radą tylko ten, kto chce. A czyż właściciele domów są kompetentni, ażeby ocenić mogli co zarządzić należy w ich realności ze względu na ważną dzisiejszą chwilę? czyż można będzie ich uczynić odpowiedzialnymi, czyż nie będą mogli oni tłumaczyć się nieświadomością, i to nawet w dobréj wierze? Czyż nie byłoby skuteczniéj, ażeby Magistrat był wydelegował tyle komisyj złożonych, ile jest dzielnic miasta, i poruczył im rewizyję domów oraz szczegółowe spisanie mających się dokonać ulepszeń? czyż istnieje inny sposób ozdrowienia mieszkań krakowskich, jak doręczenie ich właścicielom spisu mających się dokonać ulepszeń, z terminem określonym, i z zagrożeniem, że po upływie tegoż władza sama na koszt właściciela dokona wszelkich zmian? Nie jesteśmy powołani do krytyki działalności władzy naszéj, ale wobec groźnéj chwili, kiedy cała Europa wysila swą energiję na rozumne zapobieżenie epidemii, ten połowiczy krok naszego Magistratu w tak ważnéj sprawie wydaje się nam więcéj aniżeli chybionym.

* Opróżniona jest posada lekarza miejskiego w Leżajsku. Pensyja roczna 200 złr. w. a. i wolne mieszkanie, lub wynagrodzenie w kwocie 120 złr. w. a. Bliższych wiadomości udziela chętnie p. Denker, aptekarz w Leżajsku.

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 24 bm. bawiło gości kąpielowych w Krynicy 1860, w Rożnowie 1070, w Gainfarn 844, w Cieplicach czeskich 5238, w Szczawnicy 1921.

* **Wiedeń.** Na ostatniém posiedzeniu Komisyi, obradującéj w Ministerstwie wojny nad przywróceniem Akademii józefińskiéj, sprawozdawca lekarz sztabowy Dr. Podrazky przedłożył plan organizacyi Akademii, według którego profesorowie mają być mianowani z pośród zawodowców tak cywilnych, jako i wojskowych; mianowanie nastąpi przez N. Pana na przedstawienie ministra wojny; profesorowie otrzymają płacę wedle ugody w każdym szczegółowym przypadku; przyznaną mieć sobie będą rangę profesorów Uniwersytetu, a po 10-letniéj służbie mieć będą prawo do emerytury; natomiast pobierać nie będą ani czesnego, ani taks egzaminacyjaych, ani promocyjnych. Komendantem Akademii będzie lekarz jeneralny lub sztabowy 1széj kl. podległy ministerstwu wojny. Liczba wychowańców wynosić będzie 300; część jedna utrzymywaną będzie kosztem skarbu, druga płacić będzie z góry kwotę oznaczyć się mającą. Wszyscy wychowańcy otrzymają wspólne mieszkanie, wikt i mundur, wolni będą od wszelkich opłat za pobieraną naukę i za egzaminy. Po osiągnięciu stopnia doktora w. nauk lek. zaopatrzeni zostają w potrzebne książki i narzędzia, i mianowani zostaną starszymi lekarzami w armii czynnéj z prawem awansu, a obowiązkiem służenia przez lat 10.

Projekt ten bez zmian przyjęto, a sprawozdawca otrzymał polecenie wypracowania planu nauk, poczém sprawa przedłożoną zostanie Delegacyjom dla uzyskania potrzebnego kredytu, aby w październiku 1885 r. przynajmniéj pierwsze kursa Akademii mogły być otwartemi.

* **Francyja.** Francuska Izba deputowanych udzieliła Pasteurowi 60.000 fr. w celu ułatwienia temu uczonemu jego badań co do wścieklizny. Cholera w Marsylii i Tulonie słabnie; prócz tych miast nawiedzone są epidemiją następujące jeszcze miejscowości: Arles, La Seyne, La Garde, Les Sablets, Pradet, Pierrefeu, Signes, Vidaubau, Hyêres, Thubet, Brignols, Draguignan, Nimes i Aix. Medycy z Montpellier udali się do Tulonu dla pielęgnowania chorych cholerycznych, na czele téj szlachetnéj ekspedycyi stanęli profesorowie: Estor, Lannegran, Desalles i Planchon. Powszechne panuje przekonanie, że w Lugdunie nigdy nie panuje cholera; *Le Progrès Médical* Nr. 30 prostuje to mniemanie, przytaczając raport urzędowy Dra Rolleta, ogłoszony w *Lyon médical* z 6 lipca b. r. Podług słów sprawozdawcy w r. 1849 umarło w Lugdunie z cholery 49 wojskowych i 14 obywateli; w r. 1854—525 osób; w r. 1855 100 osób. Byłoby rzeczą pożądaną przekonać się, czy i inne miejscowości, uchodzące za wolne od cholery, nie należą do kategoryi takiéj saméj jak Lugdun wyłączności, w którym, jeśli wziąść stosunek liczebny Paryża i Lugdunu, i śmiertelność w tych miastach podczas cholery 1854 r., to względnie Lugdun więcéj stracił ludzi aniżeli Paryż.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. przedstawieni zostali do nominacyi na proff. nadzw. docenci: Ultzmann, Mauthner, Hofmokl, Wölfler i Englisch. Drowie Herz i Zillner potwierdzeni zostali przez Ministerstwo jako docenci prywatni, pierwszy pedyjatryi a ostatni medycyny sądowéj. Zastępstwo po śp. prof. Jägerze Wydział poruczył najstarszemu docentowi okulistyki Drowi Reussowi. — **Insbruk.** W miejsce nadzw. prof. patologii doświadczalnéj Dra Dietla, który złożony ciężką niemocą zrzekł się profesury, Wydział lekarski powołał Dra Gärtnera, asystenta prof. Strickera w Wiedniu.

* **Nekrologija.** W Grinzingau pod Wiedniem umarł Dr. Albert Roretz, b. profesor i dyrektor jednéj z akademij lekarskich w Japonii, licząc lat zaledwie 37.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 30: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30: Dr. Jerzykowskiego: Kora korzenia bawełny, jako środek zastępujący sporysz; Adamkiewicza: O ucisku mózgu. — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 7: Wycieczka Czeskich Sokołów do Krakowa i Wieliczki; Durskiego: Zarys ćwiczeń na skoczni i gimnastyka w lwowskich szkołach ludowych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. MICHAŁ JANOCHA: O cholerze, jéj przebiegu, rozszerzaniu i o środkach zaradczych. Rzeszów 1884.

Dr. JÓZEF KAZIMIERZ ZIFMACKI: Beitrage zu Kentniss der Mikrococcencolonien in den Blutgefässen bei septischen Erkrankungen. Praga 1883.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

L. 243.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, o którą PP. doktorzy wszech nauk lekarskich i względnie PP. lekarze praktyczni (magistrzy chirurgii) kompetując, swoje podania z załączeniem odnośnych świadectw i dotyczącéj praktyki do podpisanego c. k. Zarządu salinarnego najdaléj do 1go Września rb. wnieść zechcą.

Z tą posadą są połączone ze strony c. k. Zarządu salinarnego roczne honoraryjum włącznie z ryczałtem za odwiedzanie chorych 420 złr., systemizowana sól jako deputat również i obowiązek utrzymywania domowéj apteki z prawem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny, za złożeniem odnośnych rachunków aptekarskich wynoszących do 80 złr. rocznie; ze strony zaś gminy Kaczyki roczny dodatek ryczałtowy 100 złr.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne dotyczące co do c. k. Zarządu salinarnego i co do gminy z osobna.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 23go Lipca 1884.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego we Frysztaku, powiecie jasielskim, z roczną płacą 300 złr. w. a. i dochodami z oględzin umarłych i bydła. Siedziba Sądu, Notaryjat i apteka w miejscu.

Z urzędu gminnego.

Frysztak 12 Lipca 1884.

Burmistrz
Dukiet.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.